

Incisiones, exposición del hígado y operaciones diagnósticas 29

THOMAS R. GADACZ

Las diferentes incisiones abdominales han sido descritas en detalle en otro capítulo. En este capítulo se realiza un resumen de las incisiones utilizables para la exposición del hígado.

INCISIÓN SUBCOSTAL UNILATERAL Y BILATERAL

La incisión subcostal, u oblicua, se traza justo por debajo (a 4 cm) del reborde costal y se extiende desde la línea media hasta el flanco derecho. Se secciona el recto anterior así como el oblicuo mayor, menor y transversal y la fascia transversalis. De acuerdo con la exposición que se precisa, la incisión puede ser limitada al recto anterior derecho o extenderse en una distancia variable sobre el flanco del mismo lado. Esta incisión permite exponer la superficie anterior de los lóbulos hepáticos derecho e izquierdo así como su superficie inferior, en especial las estructuras biliares y portales. Es la incisión que se utiliza con mayor frecuencia para la biopsia abierta de hígado, la colecistectomía y otras operaciones sobre el árbol biliar. Cuando se realiza esta incisión se debe tratar de evitar la lesión del noveno nervio intercostal o de seccionarlo en forma limpia a fin de evitar la formación de neuromas posoperatorios.

Para las resecciones hepáticas mayores y para el trasplante de hígado se debe trazar una amplia incisión subcostal bilateral. Puede agregarse una ampliación vertical sobre la línea media para reforzar la exposición, en especial cuando el ángulo costal es muy agudo.

INCISIÓN TRANSRECTAL O PARAMEDIANA DERECHA

Esta incisión crea ciertas limitaciones y, con excepción del cierre de la aponeurosis en dos

planos, tiene pocas ventajas sobre la incisión mediana común. La exposición a través de esta incisión es limitada; sin embargo, el acceso a la superficie anterior del hígado se alcanza con facilidad. Esta incisión y la mediana pueden ampliarse a través del reborde costal de la séptima, octava, novena o décima costilla para aumentar la exposición de la cúpula hepática. Puede ser utilizada para la biopsia hepática a cielo abierto, aunque es algo limitante ya que a su través puede resultar dificultoso el acceso a la zona lateral del lóbulo derecho.

INCISIÓN MEDIANA SUPRAUMBILICAL

Esta incisión aporta buena exposición para los lóbulos hepáticos derecho e izquierdo, incluyendo la cúpula y la cara inferior del hígado. No ofrece una buena exposición para la cara externa del lóbulo derecho y las venas suprahepáticas. Sin embargo, tiene la ventaja de poder ser ampliada a través del esternón (esternotomía mediana) o del reborde costal, para transformarse en un abordaje abdominotorácico. Puede alcanzar la cavidad torácica derecha por el séptimo, octavo o noveno espacio intercostal o a través de una esternotomía mediana.

INCISIÓN TRANSVERSA SUPERIOR

Esta incisión se traza, en forma transversal, desde el borde externo del reborde costal hasta la línea media. Ofrece una buena exposición, en especial si el hígado está agrandado. Si el hígado ocupa una posición normal o es de tamaño normal, el acceso a la cara interna del lóbulo derecho y a todo el lóbulo izquierdo pue-

de resultar difícil. En general, esta incisión ofrece una limitada exposición hepática.

INCISIONES DE PERTHES Y DE KEHR

Estas incisiones y otras, de trazado complejo, se utilizan rara vez. Su técnica es presentada en forma detallada en otro capítulo de esta obra.

INCISIÓN TORACOABDOMINAL

Esta incisión facilita la exposición de la cúpula y la parte posterior del hígado, incluyendo las venas suprahepáticas y la vena cava. La incisión se traza a través del lecho de la novena costilla y se continúa hacia adelante hasta alcanzar la cavidad abdominal. En forma alternativa, puede ubicarse en el séptimo, octavo o noveno espacio. Se expone el hígado desde la cavidad pleural derecha y la abdominal. Para exponer la cúpula y la zona posterior del hígado se abre el diafragma en forma radial o, de preferencia, en forma circunferencial. La exposición de las venas suprahepáticas y de la vena cava se obtiene con la sección de los ligamentos falciforme y redondo para luego llevar el hígado hacia la línea media. Se puede obtener el control de la vena cava colocando un shunt intracava desde la aurícula derecha, que puede ser realizado a través de esta incisión o por incisiones abdominales y torácicas separadas.

INCISIONES RETROPERITONEAL, EXTRAPERITONEAL Y LIMITADAS

Se pueden utilizar otros abordajes al hígado y los espacios hepáticos a través de incisiones limitadas, que se ubican en el noveno, décimo o undécimo espacio intercostal. Esas incisiones proporcionan acceso para el drenaje de abscesos u otras colecciones, sin ingresar en la cavidad abdominal. La desventaja que presenta este procedimiento es que no permite el acceso y el examen de otras partes del hígado o del abdomen. Esas incisiones limitadas se reservan para el drenaje de abscesos u otras colecciones subfrénicas o subhepáticas una vez que han sido bien localizadas con ecografía, tomografía computarizada o punción. Para facilitar un mejor drenaje puede ser necesario extirpar una costilla.

BIOPSIA HEPÁTICA A CIELO ABIERTO

En algunas circunstancias puede resultar indispensable efectuar una biopsia hepática a cielo abierto. Sus indicaciones son el fracaso de la obtención de material para biopsia luego de varios intentos realizados por vía percutánea, la sospecha de una lesión vascular, las anomalías de la coagulación y el temor a las complicaciones propias de la biopsia percutánea. Algunas veces se necesita la biopsia abierta para poder obtener material de una zona que es de difícil acceso para la biopsia percutánea, entre las que se incluyen las lesiones próximas a la vesícula y al pedículo hepático.

En general, las biopsias hepáticas abiertas se efectúan a través de incisiones limitadas ubicadas cerca del borde hepático. La distancia entre la incisión y el reborde costal debe ser, por lo menos, de 3 o 4 cm a fin de permitir un cierre adecuado sin dejar expuestos los cartílagos costales. Es esencial que el hígado sea percutido con antelación a fin de determinar la distancia entre el borde costal y el del hígado. De preferencia, la incisión se traza sobre el borde del hígado a fin de permitir la exposición de su cara inferior y cúpula. Si el hígado está muy agrandado, la incisión sobre el reborde costal puede no permitir el acceso a la cara inferior de esa glándula. Si el hígado es cirrótico y atrófico, una incisión subcostal mal emplazada, demasiado baja, puede no aportar un buen acceso al hígado y al cuadrante superior derecho. El lugar de la incisión debe ser seleccionado con todo cuidado y constituye un detalle importante del plan quirúrgico aun en operaciones menores como son las biopsias hepáticas.

MINILAPAROTOMÍA

La minilaparotomía consiste en la exploración y estudio de la cavidad abdominal a través de una pequeña incisión. Cuando se sospecha una afección intraabdominal, a pesar de los resultados negativos de los estudios complementarios, o si el paciente presenta trastornos de la coagulación, se puede efectuar una minilaparotomía para estudiar en forma directa y segura la cavidad abdominal. Se ingresa al abdomen a través de una incisión mediana de 3 o 4 cm de longitud y bajo anestesia local. Los pacientes sometidos a esta técnica son sedados en forma intravenosa con diazepam. La incisión se ubica inmediatamente por debajo del xifoides, sobre la línea media y por debajo del borde del hígado. Si existe ascitis, se aspira el líquido y se lo remite al laboratorio para el dosaje de amilasa, cultivo y citología. Los conductos biliares pue-

den ser evaluados con una colangiografía que se efectúa colocando un catéter delgado de polietileno en pleno parénquima hepático. Bajo control radioscópico se inyecta Renografina al 60% mientras el tubo se va extrayendo en forma lenta. Una vez observados los conductos, se puede inyectar más contraste para luego tomar placas que determinen el sitio y causa probable de la obstrucción biliar intra o extrahepática. Si existe obstrucción, se puede descomprimir la vía biliar a través del mismo catéter utilizado para la colangiografía procediendo a su tunelización y su extracción al exterior a través de los planos cutáneos. En general, la colangiografía percutánea transhepática se realiza como un procedimiento separado eliminando así la necesidad de la laparoscopia.

Si se sospecha obstrucción portal, se debe aislar y canalizar la vena gastroepiploica sobre la curva mayor del estómago. Esa vena puede ser canalizada en ambas direcciones. Se pueden efectuar mediciones de la presión de esta vena y el sistema portal puede estudiarse inyectando contraste a través de esa vena canalizada.

Debe efectuarse la biopsia de toda lesión existente en el epiplón o en la superficie peritoneal. El hígado y las vías biliares extrahepáticas se pueden palpar a través de la incisión y si se encuentra alguna lesión se realizará una biopsia hepática por punción. En los pacientes con alteraciones en la coagulación se recomienda efectuar la hemostasia de la zona punzada colocando un punto sobre el lugar de punción. Desde que se procedió a la colocación de este punto en la zona de la biopsia, Stein y col. han eliminado, casi en forma total, todos los problemas vinculados con la filtración biliar o la hemorragia grave, aun cuando el 13% de sus pacientes tenían tiempos de protrombina que mostraban valores 50% superiores a lo normal.¹ En la revisión efectuada por esos autores sobre 168 casos, el diagnóstico correcto obtenido por

la minilaparotomía fue alcanzado en el 92% de los casos. Los pacientes que más se benefician de la minilaparotomía son aquellos en los que la colangiografía endoscópica retrógrada y la percutánea transhepática no han sido satisfactorias para establecer la afección en cuestión. La principal ventaja de la minilaparotomía es la capacidad que posee de obtener material para el estudio histológico.

Con los avances experimentados en los métodos de estudio, como la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, la colangiografía transhepática, la ecografía y la TC, la minilaparotomía parece ofrecer una utilidad limitada. Es de esperar que esta técnica sea un procedimiento de elección para los pacientes con alteraciones de la coagulación y en los que el diagnóstico no puede ser obtenido con procedimientos menos invasivos o cuando se carece de ellos.

PUNCIÓN BIOPSIA Y LAPAROSCOPIA (PERITONEOSCOPIA)

En otras secciones de esta obra se consideran la biopsia percutánea y a cielo abierto así como la laparoscopia. La biopsia dirigida del hígado consiste en una punción biopsia percutánea realizada bajo visualización directa. Esta técnica puede ser utilizada durante una laparoscopia.

La laparoscopia está comenzando a utilizarse con mayor frecuencia desde la introducción de la colecistectomía laparoscópica y puede llegar a ser un importante procedimiento para obtener la estadificación de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stein, H.D., Saalfrank, V., and Meng, C.H.: Minilaparotomy as an aid to diagnosing liver disease. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 145:49, 1977.